|  |
| --- |
|  |

**COVIDSurg: Un estudio de cohortes colaborativo global para el seguimiento de pacientes quirúrgicos con COVID-19**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **Nº** | **Declaraciones (leer detenidamente)** | | **Participante**  *(inicial o huella digital en cada cuadro)* |
| 1 | He leído la hoja de información al paciente en relación al estudio arriba mencionado (con fecha DD/MM/AAAA, versión \_\_\_) y he podido valorar esta información y hacer preguntas al respecto a mi equipo médico. | |  |
| 2 | Comprendo que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin explicar mis razones. Comprendo que, si decido no participar, esto no tendrá ninguna repercusión en el tratamiento y la atención que recibiré. | |  |
| 3 | Doy permiso a los investigadores para acceder a mi historia médica y obtener información sobre mis cuidados y tratamiento, así como para que contacten conmigo como parte del estudio de investigación. | |  |
| 4 | Doy de forma explícita mi consentimiento informado para que mis datos sean procesados como parte de este estudio de investigación. Estoy conforme con que esta información sea custodiada en sistemas informáticos protegidos por contraseña en mi hospital y en la Universidad de Birmingham en Inglaterra. Esta información tendrá un respaldo de seguridad en una ubicación diferente. | |  |
| 5 | Doy mi consentimiento para tomar parte en este estudio de investigación tras haber sido informado sobre los riesgos, beneficios y alternativas. | |  |
|  | | | |
| **Nombre del participante** | | **Nombre del investigador que entrega el consentimiento informado** | |
| **Firma (o huella digital) del participante** | | Yo, él/la abajo firmante, me he tomado el tiempo necesario para explicar al/la paciente la naturaleza y el propósito de este estudio de forma que se entienda fácilmente, habiéndole explicado los riesgos asociados y los posibles beneficios del mismo e invitado a hacer preguntas sobre cualquier aspecto del estudio que le preocupe. | |
| **Firma del investigador** | |
| **Fecha de firma por el participante**  DD / MM / AAAA | | **Fecha de firma por el investigador**  DD / MM / AAAA | |

3 copias: para el paciente, para el investigador principal y para el centro hospitalario.